

# 介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

平成 年 月 日

(あて先) 太 田 市 長

施設所在地

施設名

に入所  
 次の者が下記の施設 しましたので、連絡します。  
 を退所

入所・退所 年月日	平成 年 月 日
-----------	----------

被 保 険 者	被保険者番号										
	フリガナ										
	氏 名	生年月日	明・大・昭	年	月	日					
		性 別	男 ・ 女								
	入所前住所	〒 -									
	退所後住所	〒 -									
	退所理由	死亡退所の場合は記載不要									
	1 他の介護保険施設入所    2 死亡    3 その他 (                      )										

保険者名		保険者番号							
------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--

施 設	名 称									
	電話番号	(                      )								
	所 在 地	〒 -								